

III/Herbst 2000

HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift **Soziale Sicherheit**
erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Entwicklung der Altersstruktur in der EU

Schwerpunktthema: Pflege – Quo vadis?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Judith Strobl*

Die Bevölkerung der derzeitigen EU-Mitgliedsländer wuchs in den neunziger Jahren um insgesamt 3%. Fertilität und der Anteil junger Menschen waren in den meisten Ländern leicht rückläufig; der Anteil der unter 15-Jährigen betrug 1998 17%. Der Anteil der 65-Jährigen und älterer Menschen lag 1998 bei knapp 16% und nahm in etlichen EU-Ländern in den neunziger Jahren zu, stagnierte aber noch z.B. in Österreich. Die Situation Österreichs ist derzeit im europäischen Vergleich durchschnittlich. Fertilität und Kinderanteil sind leicht unterdurchschnittlich, der Anteil älterer Menschen liegt 1998 um 6% unter dem europäischen Durchschnitt.

Kranken- und GesundheitspflegerInnen, die größte Berufsgruppe im österreichischen Gesundheitswesen, stehen vor einem enormen Entwicklungsbedarf, um auf sich ändernde Anforderungen der Gesellschaft adäquat reagieren zu können. Der im neuen Bundesgesetz verankerte "eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich" der Pflege verlangt nach fundiertem, wissenschaftlich begründeten Wissen innerhalb der Berufsgruppe. Der Weg zur Etablierung dieser Wissensbasis und zu ihrer Verbreitung ist in Österreich noch sehr lang, und der Pflegebereich ist fast ausschließlich darauf angewiesen, von der wissenschaftlichen Arbeit der KollegInnen im Ausland zu profitieren.

*Wir danken Gerald Röhrling für die Mitwirkung

Entwicklung der Altersstruktur in der EU

Die Altersstruktur der Bevölkerung wurde in den letzten Jahren zunehmend zum Anlass öffentlicher Diskussionen, was sich auf mehrere Gründe zurückführen lässt. In Zusammenhang mit der langfristigen Finanzierbarkeit öffentlicher Leistungen zählen insbesondere die Alterspensionen zu den Dauerbrennern der Diskussion. Dass diese Thematik nicht nur in Österreich akut ist, zeigen unter anderem die jüngsten Rentenreformen in Deutschland. Neben der breiten Darstellung der Rentenproblematik kommt anderen Aspekten einer sich ändernden Altersstruktur weit geringere mediale Aufmerksamkeit zu. Arbeitsmarkt, Bildungswesen und nicht zuletzt der Gesundheitssektor werden durch die sich ändernde Altersstruktur ebenfalls maßgeblich betroffen. Auf nationaler wie internationaler Ebene ist diese Thematik fest im Bewusstsein der EntscheidungsträgerInnen verankert. Beispielsweise widmet die Europäische Union in ihrem fünften Rahmenprogramm im Bereich Forschung, technologische Entwicklung und Demonstration eine Leitaktion dem Thema Alterung der Bevölkerung und Behinderungen.¹ Die OECD hat ebenso ein eigenes Programm für „Maintaining Prosperity in an Ageing Society“, das 1998 begonnen wurde.

Ein steigender Anteil älterer Menschen erzeugt Druck auf die Gesundheitsausgaben. Dieser Zusammenhang wurde für Österreich bereits in Health System Watch 1999/3 analysiert. Einen wesentlichen Faktor im demographisch bedingten Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen darstellen. Der Schwerpunktteil des vorliegenden Health System Watch widmet sich daher einer Bestandsaufnahme aktueller Themen im Bereich der Pflege sowie dem Aufzeigen des Forschungsbedarfs.

Gesamtbevölkerung: leichtes Wachstum in der EU, Stagnation in den Beitrittsländern

Gemessen an den Einwohnerzahlen sind die Länder der heutigen EU von 1990 bis 1999 um insgesamt rund 3% gewachsen², das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von einem guten Viertelprozent pro Jahr (vgl. Tabelle A1). Luxemburg weist mit insgesamt 12% über den ganzen Zeitraum das höchste Wachstum auf. Italien und Portugal verzeichnen als einzige EU-Länder während der 90er Jahre eine Stagnation des Bevölkerungswachstums. Der marginale Rückgang der italienischen Bevölkerung war durch die Entwicklung bis 1992 verursacht. In den meisten Jahren seither steigen auch die italienischen Einwohnerzahlen

¹ Diese Leitaktion ist Teil des thematischen Netzwerks Lebensqualität und Management lebender Ressourcen, dem auch andere gesundheitsrelevante Themenbereiche wie beispielsweise Public Health angehören. Für Informationen siehe <http://www.cordis.lu>.

² Die im Jahr 1995 beigetretenen Mitgliedsländer Österreich, Finnland und Schweden machen knapp 6% der gesamten EU-Bevölkerung aus. Das Wachstum von 3% bezieht sich rein auf natürliche und migrationbedingte Bevölkerungszuwächse, nicht auf den Beitritt zusätzlicher Länder.

zumindest wieder im Ausmaß von Zehntelprozenten, liegen aber immer noch knapp unter dem Niveau von 1990. Positiv, aber unterdurchschnittlich ist das Bevölkerungswachstum in Spanien, Belgien und Großbritannien. Während aber die spanische Bevölkerung generell langsamer wuchs als im EU-Durchschnitt, lagen das belgische und das britische Bevölkerungswachstum bis vor kurzem noch nahe am europäischen Durchschnitt. Der unterdurchschnittliche Wert kam erst durch eine rückläufige Entwicklung in den letzten beiden Jahren zustande.

Österreich gehört mit einem Bevölkerungswachstum von fast 6% seit 1990 gemeinsam mit Irland und nach Luxemburg zu den am stärksten wachsenden EU-Ländern. Die größten EU-Länder verzeichnen recht unterschiedliche Wachstumsmuster: Frankreich und Deutschland wachsen überdurchschnittlich, Großbritannien und Spanien leicht unterdurchschnittlich. Das italienische Bevölkerungswachstum stagniert hingegen, wie oben erwähnt. Es ist kein systematischer Unterschied zwischen den Wachstumsraten des Durchschnitts der EU15 und der EU11 festzustellen. Sowohl die Schweiz als auch die USA verzeichneten in den 90er Jahren ein den Durchschnitt der westeuropäischen Länder verdreifachendes Bevölkerungswachstum. Von den in Tabelle A1 einbezogenen Beitrittsländern weist einzig Polen in den neunziger Jahren ein Bevölkerungswachstum auf. Es beträgt für den gesamten Zeitraum 1990–1999 2% und ist damit deutlich schwächer als der EU-Durchschnitt. Die Bevölkerung in Slowenien und Tschechien stagniert, in Ungarn ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Dramatisch stellt sich die Situation in Estland dar, wo seit 1990 die Bevölkerung um fast genau 10% schrumpfte.

Geburtenhäufigkeit und der Anteil junger Menschen

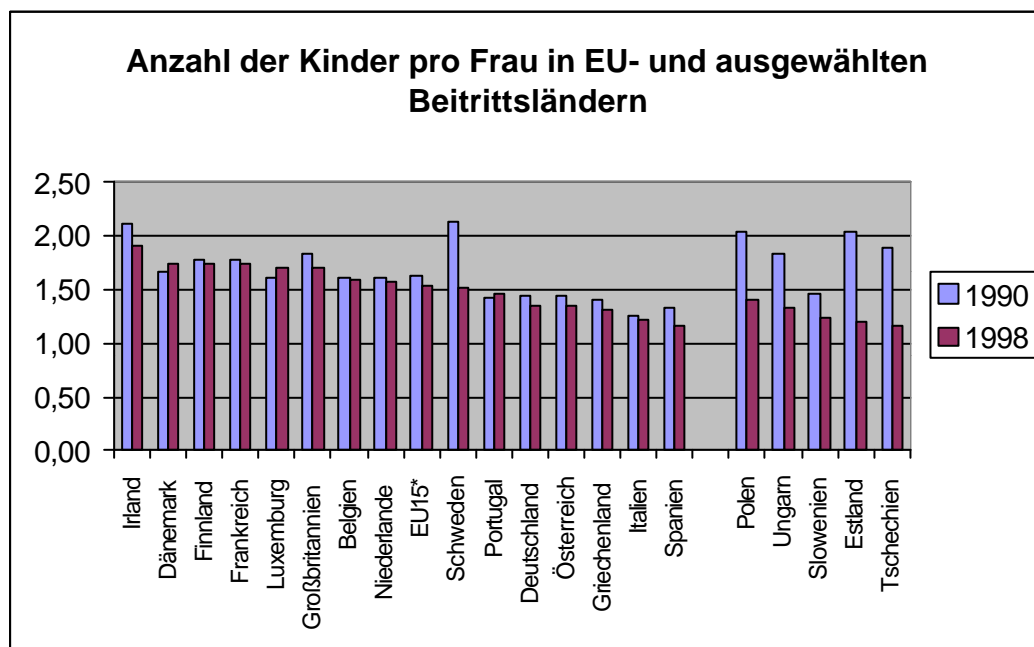
Ursachen für das Bevölkerungswachstum können neben dem Altersaufbau der Bevölkerung in mehreren Bereichen liegen: einerseits in der Zuwanderung aus anderen Ländern, andererseits im natürlichen Bevölkerungszuwachs, der wiederum durch steigende Geburtenzahlen oder durch sinkende Mortalität³ verursacht sein kann. In Abhängigkeit von diesen Größen können sich auch Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung ergeben. Dass die Zuwanderung die Altersstruktur in westeuropäischen Ländern längerfristig beeinflussen wird, ist eher unwahrscheinlich.⁴ In der Regel wandern nicht Kinder, sondern junge Erwachsene ein, die zudem ihre Kinderzahl häufig an das Gastland anpassen. Da die eingewanderten Erwachsenen ebenso altern wie die einheimische Bevölkerung, könnte nur ein kontinuierlicher Strom junger Einwanderer die Altersstruktur des Ziellandes nachhaltig verjüngen, nicht aber einzelne Zuwanderungswellen.

³ Zum Thema Mortalität in den EU- und in den Beitrittsländern vgl. Health System Watch 2000/4.

⁴ Vgl. Höhn C., Die demographische Alterung – Bestimmungsgründe und wesentliche Entwicklungen. In: Grünheid E., Höhn C. (Hrsg.): Demographische Alterung und Wirtschaftswachstum, Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, 1998, S. 9–32.

In den meisten EU-Ländern trägt die Geburtenentwicklung kaum zu einem Bevölkerungswachstum bei, obwohl in Dänemark und Luxemburg als den einzigen EU-Ländern die Fertilität, definiert als die Zahl der Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter, zwischen 1990–1998 gestiegen ist. In beiden Ländern entspricht dies einer Fortsetzung eines bereits in den 80er Jahren bestehenden Trends. Beide Länder verzeichnen 1998 eine am ungewichteten EU-Durchschnitt von 1,5 gemessenen relativ hohe Fertilität, die innerhalb der EU einzig von Irland (1,9) übertroffen und von Finnland, Frankreich und Großbritannien annähernd erreicht wird. Bemerkenswert ist außerdem, dass Dänemark und Luxemburg bereits anfang der 70er Jahre eine im Vergleich zu vielen anderen Ländern der heutigen EU niedrige Fertilität aufwiesen. Am auffälligsten ist der Rückgang der Kinderzahl pro Frau in Schweden, das 1990 mit mehr als zwei Kindern je Frau im gebärfähigen Alter einen europäischen Spitzenwert einnahm. Inzwischen ist diese Kennzahl auf das europäische Durchschnittsniveau abgesunken. Der Rückgang der Fertilität dürfte in Europa bereits zum Erliegen gekommen sein. In den allerletzten Jahren stieg die Fertilität in einigen Ländern bereits wieder zaghaft an, z.B. in Deutschland und Italien. Die niedrigste Fertilität in der EU verzeichnen die Länder Spanien und Italien, gefolgt von Griechenland, Österreich und Deutschland. In den Vereinigten Staaten ist die Kinderanzahl pro Frau um rund ein Drittel höher als im EU-Durchschnitt und gleichzeitig höher als in irgendeinem EU-Land. Bis 1980 hingegen war die Fertilität in den USA kaum höher als in den heutigen EU-Ländern. Während in den EU-Ländern die Fertilität dann jedoch sukzessive sank, ist sie in den USA seither sogar wieder leicht gestiegen.

Abbildung 1: Anzahl der Kinder pro Frau (Gesamtfertilitätsrate)



Quelle: World Development Indicators 2000, *arithmetisches Mittel

Die Beitrittskandidaten zur EU verzeichnen in der Regel eine stärker als im EU-Durchschnitt sinkende Fertilität. Diese Tendenz zeigt sich in Estland und Tschechien besonders auffällig: 1990 lag die Kinderzahl noch um 25% (Estland) bzw. 16% (Tschechien) über dem EU-Durchschnitt, bis 1998 fiel sie aber um 21% (Estland) bzw. 25% (Tschechien) unter den EU-Durchschnitt. In Slowenien als dem einzigen der hier betrachteten beitragswerbenden Länder gab es bereits 1990 weniger Kinder pro Frau als im EU-Durchschnitt, auch in Slowenien ist die Fertilität seit 1990 weiter gefallen und liegt 1998 um ein Fünftel unter dem EU-Durchschnitt.

Dieses Bild spiegelt sich auch größtenteils in der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen wieder: Irland verzeichnet mit 23% (1998) einen mit deutlichem Abstand höheren Anteil der unter 15jährigen Menschen an der Gesamtbevölkerung als irgendein anderes EU-Land. Die geburtenschwachen Länder Italien, Spanien und Deutschland verzeichnen mit rund 15% die geringsten Anteile der unter 15jährigen, gefolgt von Griechenland, Österreich und Portugal. Diese Länder weisen bereits in etwa das Niveau des EU-Durchschnittes auf. Die USA verzeichnen entsprechend der höheren Geburtenrate einen höheren Kinderanteil an der Bevölkerung als Europa. Da die Geburtenziffern in den beitragswerbenden Ländern erst in den 90er Jahren unter den EU-Durchschnitt gefallen sind, ist der Kinderanteil an der Bevölkerung in den meisten dieser Länder 1998 zwar noch höher als in der EU, aber in den letzten Jahren stetig gesunken und dürfte sich in der Zwischenzeit bereits noch näher an das EU-Niveau angeglichen haben.

Steigender Anteil älterer Menschen

Spiegelbildlich zum hohen Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung weist Irland auch einen deutlich geringeren Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung auf als andere EU-Länder. Die Streuung des Anteils der 65jährigen und älteren Personen⁵ zwischen den europäischen Ländern ist deutlich geringer als die Streuung des Anteils der unter 15jährigen. In der letztgenannten Altersgruppe ging die Streuung zudem seit 1990 zurück. In der Altersgruppe der über 65jährigen verringerte sich die Streuung zwar nicht innerhalb der EU, aber sehr wohl, wenn die beitragswerbenden Länder mit einbezogen werden. In diesem Sinn findet offenbar eine Angleichung der Altersstruktur zwischen den europäischen Ländern statt.

Die Niederlande weisen 1998 mit 13,5% den nach Irland (11,4%) geringsten Anteil an über 65jährigen MitbürgerInnen auf, Schweden (17,2%), Italien (17,0%) und Griechenland (16,9%) die höchsten Anteile. Die österreichische Bevölkerung ist etwas jünger als im gewichteten EU-Durchschnitt. Dies zeigt sowohl der etwas niedrigere Anteil der über 65jährigen als auch der höhere Anteil der unter 15jährigen. In rund zwei Drittel der EU-Länder stieg der Anteil der älteren Bevölkerung in den 90er Jahren, in einigen Ländern wie Griechenland, Spanien oder

⁵ Aus Gründen der Lesbarkeit verkürzen wir die korrekte Formulierung '65jährige und ältere' bzw. weiter unten '80jährige und ältere' im Folgenden auf 'über 65jährige' bzw. 'über 80jährige'. Die entsprechenden Anteile sind demnach einschliesslich genau 65jähriger bzw. genau 80jähriger Menschen zu verstehen. Die Gruppe der unter 15jährigen hingegen besteht tatsächlich aus Personen der Altersgruppe 0-14 Jahre.

Italien sogar beträchtlich. Damit weist Griechenland 1998 einen fast ebenso hohen Bevölkerungsanteil über 65 Jahren auf wie Schweden. Bereits 1990 lag Schweden in dieser Hinsicht an der Spitze, damals lag der entsprechende griechische Bevölkerungsanteil aber noch um rund 4 Prozentpunkte unter dem schwedischen. Im Gegensatz zu den meisten EU-Ländern hat sich in Schweden und Dänemark der Anteil der EinwohnerInnen über 65 Jahren im Lauf der 90er Jahre verringert, in geringerem Ausmaß aber auch in Österreich. Es ist davon auszugehen, dass ab 2000 der Anteil älterer Menschen rascher steigen wird, da geburtenstarke Jahrgänge in die Gruppe der über 65Jährigen vorrücken.

In den hier untersuchten beitrittswerbenden Ländern (aber auch z. B. in den USA) leben durchwegs – relativ zur Gesamtbevölkerung – weniger ältere Menschen als im durchschnittlichen EU-Land. In Polen als dem Beitrittswerber mit dem geringsten Bevölkerungsanteil an über 65Jährigen ist dieser Anteil 1998 annähernd gleich hoch wie in Irland, dem EU-Land mit den wenigsten älteren Menschen. Die Verschiebungen dieses Anteils während der 90er Jahre bewegen sich in den Beitrittsländern in ähnlicher Größenordnung wie in den EU-Ländern: In Estland und Slowenien stieg der Anteil der über 65Jährigen um rund ein Fünftel, in Tschechien blieb er nahezu gleich.

Zum Anteil der über 80Jährigen

Noch deutlicher als an den über 65Jährigen zeigt sich die Verschiebung der Altersstruktur am steigenden Anteil der über 80jährigen Menschen. Im EU-Durchschnitt hat sich ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung seit 1970 fast verdoppelt, von 2.0% auf 3.7% (1997). Auch hier weist die irische Kennzahl auf die jüngste Bevölkerung in der EU hin, 1997 konnten nur 2,4% der irischen Bevölkerung auf mindestens 80 Lebensjahre zurückblicken. 4,6% der schwedischen Bevölkerung waren 1997 bereits 80 Jahre alt oder älter, damit liegt Schweden bei diesem Wert wie auch beim Anteil der über 65Jährigen an der EU-Spitze. Tabelle 1 stellt Rankings nach den hier verwendeten demographischen Kennzahlen einander gegenüber. Damit wird veranschaulicht, dass miteinander zusammenhängende Kennzahlen nicht automatisch zu gleichen Plätzen eines Landes in einem Ranking führen müssen. So weist Irland zwar nach jedem hier dokumentierten Indikator die jüngste Bevölkerung der EU-Länder auf, ist aber das einzige Land mit einem derartig einheitlichen Bild. Heterogen ist das Bild im Gegensatz dazu für Großbritannien, wo ein hoher Anteil alter Menschen mit einem sehr hohen Anteil von unter 15Jährigen einhergeht. Die Situation Österreichs ist im europäischen Vergleich durchschnittlich. Fertilität und Kinderanteil sind eher niedrig, die Anteile älterer und alter Menschen liegen im Ranking aber auch nur geringfügig höher.

Tabelle 1: Ranking von 4 Demographie-Kennzahlen in den 15 EU-Staaten 1998

	Anteil <15	Anteil 65+	Anteil 80+	Fertilität
Irland	1	15	15	1
Großbritannien	2	7	3	5
Frankreich	3	9	2	2
Schweden	4	1	1	9
Finnland	5	12	11	2
Niederlande	6	14	11	8
Luxemburg	7	13	11	5
Dänemark	8	11	4	2
Belgien	9	5	7	7
Portugal	10	6	14	10
Österreich	11	10	9	12
Griechenland	12	3	7	13
Deutschland	13	8	4	11
Spanien	14	4	9	15
Italien	15	2	6	14

Quelle: World Development Indicators 2000; Anteil 80+: OECD Health Data 99 (letzter verfügbares Jahr 1997); Ranking durch IHS HealthEcon mit "1" für den höchsten Wert im Vergleich der 15 Länder.

Schwerpunktthema: Pflege – quo vadis?

Pflegefachkräfte, die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen

Tabelle 2: Personal im Gesundheitswesen in Österreich 1980 bis 1998

	1980	1985	1990	1995	1997	1998	% aller Angestellten 1998
ÄrztInnen	8,040	9,966	12,622	15,781	15,853	16,273	18,5
KrankenpflegerInnen	22,186	26,596	30,842	40,756	42,972	43,766	49,7
Medizinisch-technische Dienste	4,355	5,824	7,156	9,332	9,982	10,233	11,6
Hebammen	770	827	865	1.168	1.025	948	1,1
Sanitätshilfsdienste	13,114	14,186	17,003	17,741	16,956	16,760	19,0
Angestellte in Krankenanstalten, insgesamt	48,465	57,399	68,488	84,778	86,788	87,980	100,0
1980=100							
ÄrztInnen	100	124	157	196	197	202	
KrankenpflegerInnen	100	120	139	184	194	197	
Medizinisch-technische Dienste	100	134	164	214	229	235	
Hebammen	100	107	112	152	133	123	
Sanitätshilfsdienste	100	108	130	135	129	128	
Gesamt	100	118	141	175	179	182	

Quellen: Gesundheitswesen in Österreich – Ausgabe Sommer 1999, Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997, BMSG 1997, IHS HealthEcon Berechnungen 2000.

Die Zahl der KrankenpflegerInnen im Bereich der Krankenanstalten hat sich zwischen 1980 und 1998 beinahe verdoppelt. Damit machen sie 1998 die Hälfte aller Beschäftigten in Krankenanstalten aus. Die Anzahl der in Krankenanstalten angestellten ÄrztInnen und die der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst sind aber noch stärker gestiegen als jene der KrankenpflegerInnen, während die Beschäftigung im Bereich des Sanitätsdienstes und der Hebammen nur vergleichsweise bescheiden wuchs, um rund ein Viertel. Bezogen auf die Anzahl der Beschäftigten wurde die Dominanz der qualifizierten Krankenpflege somit primär auf Kosten der Sanitätsdienste gestärkt, nicht aber auf Kosten von Ärzteschaft oder medizinisch-technischem Dienst.

Über die Beschäftigung von KrankenpflegerInnen im extramuralen Bereich liegen keine regelmäßig publizierten Daten vor. Das Angebot an Pflege- und Betreuungspersonal in den ambulanten Diensten (ohne Wien) betrug Mitte der 90er Jahre rund 3400 Vollzeitäquivalente, wobei rund 890 auf diplomierte Pflegepersonen entfielen (aus verschiedenen Bundesländern liegen Daten aus unterschiedlichen Jahren zwischen 1995 und 1997 vor); der Bedarf für das Jahr 2010 wird auf etwa das Doppelte der hier angegebenen Zahlen prognostiziert.⁶ In den Alten- und Pflegeheimen gab es Mitte der 90er Jahre ein Angebot an Pflege- und Betreuungspersonal von insgesamt mehr als 13000 Vollzeitäquivalenten.⁷ Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass etwa 60% der Gesundheitsbudgets für Pflegepersonen und Hebammen ausgegeben werden.⁸ Der Gesundheitssektor gilt nach wie vor als hoffnungsvoll im Sinne der Beschäftigungspolitik.⁹ Dennoch leidet der Langzeitpflegesektor in Österreich an massiven Rekrutierungsproblemen, während Ausbildungs-AbsolventInnen im Akutversorgungsbereich bereits um Stellen konkurrieren müssen.¹⁰

Was ist Pflege?

Die (informelle) Pflege Kranker innerhalb der Familie oder in einer Gemeinde wurde in der Geschichte fast ausschließlich als Aufgabe von Frauen erfahren. Professionelle Pflege lässt sich in verschiedenen Ländern auf teilweise unterschiedliche Wurzeln zurückverfolgen, seien dies religiöse Pflegeorden oder Traditionen bürgerlicher Pflegerinnen oder sogenannter „Wärterinnen“ in öffentlichen Krankenhäusern. Was wohl der Pflege in den meisten westlichen Ländern gemeinsam ist, ist die lange Tradition der ethischen Orientierung an christlichen Werthaltungen. Der jüngere berufsethische Diskurs befasst sich allerdings vorwiegend mit der Orientierung an Grundprinzipien wie Autonomie, Gerechtigkeit, Wohltätigkeit und Schadensvermeidung. Ebenso weitverbreitet ist die Auffassung von Pflege als menschlichen Dienst, als ein Ausdruck der Fürsorge, die Einzelne oder die Gesellschaft für den bedürftigen Menschen verspüren,¹¹ sowie das Verständnis dafür, dass Pflege ein ganzheitliches Menschenbild erfordert. Derartige Ansprüche allein deuten einerseits auf die Komplexität pflegerischen Handelns hin, sowie andererseits auf dessen spezifischen gesellschaftlichen Auftrag und Rolle.

⁶ Schaffenberger E, Juraszovich B, Pochobradsky E (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (1999) *Dienste und Einrichtungen für Pflegebedürftige Menschen in Österreich – Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

⁷ Schaffenberger E, Juraszovich B, Pochobradsky E (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (1999) op. cit. Diese Zahl beinhaltet für Wien nur in städtischen Pflegeheimen beschäftigtes Personal und für Niederösterreich nur Personal im Pflegebereich; für Kärnten schließt sie Personal der Chronischkrankenanstalten und „sonstiges Personal“ aus.

⁸ Nursing & Midwifery Programme World Health Organization Regional Office for Europe. "Welcome to WHO Europe Nursing in Midwifery Programme" [Online] 10. August 2000. <<http://www.who.dk/Nursing/welcome.htm>>

⁹ Holzmann-Jenkins A (1998) Die Arbeitsmarktsituation für Pflegeberufe. In: Barta H., Ganner M (Hrsg.) *Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung*. Tagungsband, Innsbruck 15.–17. April 1998.

¹⁰ "Geriatrische Ausbildung wird forciert" Die Presse, 30. 5. 2000.

¹¹ Keyzer D. (1994) European Aspects of the nursing role. In: Hunt G., Wainright P. (Hrsg.) *Expanding the Role of the Nurse*. Oxford: Blackwell Science Ltd.

Der Frage „Was ist Pflege?“ kann auf unterschiedliche Weise nachgegangen werden: Es kann einerseits der Versuch unternommen werden, die Rolle der Pflege mittels einer Abgrenzung von anderen Gesundheitsberufen (besonders der Medizin) zu beschreiben; dabei mag es hilfreich sein, auf den Unterschied zwischen den beiden englischen Termini „caring“ [Pflege, Fürsorge] und „curing“ [Heilung] hinzuweisen, die die Hauptinteressen der Pflege im Gegensatz zu denen der Medizin unterscheiden sollen. An dieser Stelle sei exemplarisch eine der international bekanntesten Definitionen von Pflege von Virginia Henderson aus dem Jahr 1966 zitiert:

*The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) that he or she [added by Author] would perform unaided if he or she [added by Author] had the necessary strength, will, or knowledge. And to do this in such a way as to help him or her gain independence as rapidly as possible.*¹²

Eine weitere Art, Pflege definitionsmäßig einzugrenzen, stellt die gesetzliche Verankerung und berufsrechtliche Lage der Pflege im jeweiligen Land dar, die ihren Aufgabenbereich und damit ihre Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen bestimmen können.

Schließlich existiert eine Vielzahl nicht nur von Definitionen von Pflege, sondern auch von Pflege-theorien und -modellen, die sicherlich einen wichtigen Beitrag zum Selbstverständnis und zur Entwicklung der Pflege zu leisten haben. Allerdings ist ihre Allgemeingültigkeit eingeschränkt durch die Verschiedenheit der Einsatzbereiche und Aufgabengebiete der Pflege, und nicht zuletzt durch die Dynamik der Umstände und Rahmenbedingungen, in die Pflege eingebettet ist. Die Verständlichkeit derartiger Theorien und ihre Relevanz in der Praxis wird daher von manchen AutorInnen bezweifelt.¹³ Trotz des Wertes theoretischer Fundierung der Praxis, mag eine unkritische Übernahme dieser Theorien mancherorts ein Ausdruck für fehlgeleitete Professionalisierungsversuche sein.

Die Praxis der Pflege hingegen zeichnet sich zudem durch einen einzigartig intensiven Kontakt mit den Gepflegten aus, aus dem sich hohe ethische, psychische und physische Ansprüche ergeben.

„Was soll Pflege sein?“

Die Beantwortung der Frage „Was soll Pflege sein?“ bedarf eines Weitblicks über das Krankenbett hinaus, der es erlaubt, den gegenwärtigen sowie den zukünftigen Beitrag der Pflege zum gesamten Gesundheitssystem einzuschätzen und zu entwickeln. Dazu ist eine

¹² Henderson V. (1966) The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan.

¹³ Russell R. L. (1991) Are we asking the right question? In: Gray G., Pratt R. (Hrsg.) *Towards a Discipline of Nursing*. Melbourne: Churchill Livingstone. S. 73–93.

strukturierte und formale Beteiligung der Pflege an Gesundheitsplanung und -politik auf regionaler und nationaler sowie auf internationaler Ebene erforderlich. Tatsächlich dürfte es laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) diesbezüglich in Österreich großen Nachholbedarf geben; während in anderen west-europäischen Staaten (Spanien, Großbritannien, Island) Pflegepersonen in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen auf nationaler Ebene eine aktive und führende Rolle einnehmen, wurden aus Österreich „signifikante Schwierigkeiten“ in der Beteiligung von Pflegepersonen an derartigen Entscheidungen berichtet.¹⁴ Neben den entsprechenden Strukturen muss aber auch die Beitragsfähigkeit der Pflege gefördert werden. Dazu gehört es, Wissen von und Verständnis für Fragen des Gesundheitssystems zu entwickeln, den Beitrag der Pflege abzuschätzen, zu formulieren und besonders auch zu kommunizieren, und bei Planung und Durchführung gewählter Maßnahmen eine verantwortliche Rolle spielen zu können.

Pflege ist von großem (gesundheits-)ökonomischen Interesse und trägt wenig zu den entsprechenden Diskussionen bei. Es mag Pflegenden international als Ermutigung gelten, von der Weltbank als kosten-effektivste Anbieter von qualitativ hochwertigen Public Health und klinischen Diensten ausgewiesen worden zu sein.¹⁵ In manchen Gesundheitssystemen sieht sich Pflege schon seit Jahren in der Position, ihren (ökonomischen) Wert demonstrieren zu müssen, wie z.B. in den USA, aber auch teilweise in Großbritannien. Dies scheint in Österreich noch nicht zur Diskussion zu stehen. Es ist aber zu erwarten, dass in einem Klima der Ökonomisierung die Pflege auch in Österreich derartigen Fragen nicht auf Dauer ausweichen kann; die Pflege sollte daher selbst im Zuge ihrer Forschung Antworten darauf erarbeiten.

Zum Einfluss gesundheitspolitischer Entwicklungen auf die Pflege

Primäre Versorgung

Der international propagierte Ausbau der extramuralen gesundheitlichen Versorgung bezieht sich nicht nur auf die Sicherung von Langzeitpflege oder den niedergelassenen medizinischen Bereich, sondern besonders auch auf die primäre Versorgung durch multiprofessionelle Teams. Der Beitrag der Pflege dazu darf nicht allein darin bestehen, Tätigkeiten vom Krankenhaus in den extramuralen Bereich zu verlagern, sondern bedarf einer kritischen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Paradigmen dieses Versorgungsrahmens. Hier ist der Wechsel vom krankheitsorientierten Krankenhausmilieu zum individuell-zentrierten Handlungsmodell unumdingbar. Die WHO hat für die weltweite Strategie „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“, die sehr stark auf die primäre Gesundheitsversorgung setzt, der Pflege schon seit langem eine

¹⁴ Salvage J., Heijnen S (1997) Nursing and midwifery in Europe. In: Salvage J., Heijnen S. (Hrsg.) *Nursing in Europe – A Resource for Better Health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Regional Publications, European Series, Nr. 74.

¹⁵ Salvage J. (1997) Introduction. In: Salvage J., Heijnen S. (Hrsg.), op.cit.

tragende Rolle zugesprochen.¹⁶ Auch die jüngste WHO-Strategie „Gesundheit21“ verweist auf das Potential der Pflege, besonders der Familienpflege, in der Verwirklichung der enthaltenen Ziele, speziell im Zusammenhang mit der Gesundheit alter Menschen.¹⁷ In Österreich gibt es hier großen Ausbaubedarf, wogegen gerade auch in diesen Bereichen Pflege in anderen Ländern eine wesentliche Rolle spielt. Beispielsweise sind Pflegepersonen im Primärversorgungsbereich in England mit Gesundheitsberatung und -erziehung und dem Assessment von gesundheitlichen Risikofaktoren, sowie mancherorts präventiven Assessments aller Bewohner über einem gewissen Alter (meist 75 Jahre) betraut. Ebenso wird der Großteil von Zervikal-Abstrichen im Zuge des nationalen Screening-Programmes von Pflegefachkräften abgenommen. Im internationalen Vergleich schneidet allein die österreichische Ausbildung für extramurale Pflege sehr schlecht ab; die bessere Qualität der Ausbildung in anderen Ländern drückt sich bereits durch die Dauer von 1-3 Jahren aus,¹⁸ während in Österreich nur kurze freiwillige Weiterbildungen angeboten werden.

Stationärer Sektor

Die stationäre Versorgung verbraucht in allen entwickelten Ländern etwas mehr als zwei Fünftel der Gesundheitsausgaben. Sie ist deshalb im Zentrum vieler Massnahmen zur Kostendämpfung und dies wird auch in Zukunft so bleiben. Die Pflege wird daher zunehmend in die Durchführung der Massnahmen einbezogen sein. Die Herausforderung wird sein, trotzdem qualitativ hochwertige Pflege anzubieten. Pflegerische Mängel können leicht in verlängerten Spitalsaufenthalten und anderen negativen Folgen für die PatientInnen resultieren, z. B. Druckgeschwüre, im Krankenhaus erworbene Infektionen, aber auch mangelnde Compliance mit erhaltener Medikation und Behandlung. Pflege ist deshalb nicht notwendigerweise als reiner Kostenfaktor zu sehen, sondern qualifizierte Pflege kann durchaus auf der Seite der produktiven Leistungen des Gesundheitssystems verbucht werden. Allerdings nehmen leistungsorientierte Klassifikationssysteme von PatientInnen (z. B. DRGs) auf die involvierte Pflegeleistung bislang kaum Rücksicht und können somit auch nicht dazu herangezogen werden, pflegerischen Bedarf oder pflegerische Leistung zu beschreiben. Ein beträchtlicher Teil pflegerischer Handlungen, wie z. B. emotionale Hilfe, Gespräch, informelle Gesundheitserziehung, ist kaum in Klassifikationssystemen reflektiert, und viele Aspekte qualifizierter Pflege sind kaum quantitativ erfassbar.¹⁹

¹⁶ World Health Organization (1989) *Nursing Leadership for Health for All*. Genf: WHO, Division of Manpower Development.

¹⁷ Fawcett-Hennessy A. (1998) Ageing. *Health Care in Transition – WHO Newsletter for Nursing and Midwifery* 2, S. 2–3 (Editorial).

¹⁸ Salvage J., Heijnen S., op. cit.

¹⁹ Hendricks J., Baume P. (1997) The pricing of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 25, S.454–462.

Prävention und Gesundheitsförderung

In der Beschreibung des Berufsbildes von Pflege im neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997) kommt Gesundheitsförderung im intra- und extramuralen Bereich große Bedeutung zu, was auf einen neu zu entwickelnden Aufgabenbereich hinweist. Das Gesetz trägt dieser Tatsache auch mit der neuen Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester“/„Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ Rechnung. Prävention und Gesundheitsförderung wurden auch von der jüngsten Ministerkonferenz der WHO als zu entwickelnde Aufgabengebiete der Pflege bestätigt.²⁰

In der Praxis besteht allerdings ein enormer Nachholbedarf an entsprechenden Ausbildungen und Qualifikationen, besonders auch für bereits diplomiertes Personal. Eine mindestens ebenso große Herausforderung bedeutet allerdings die organisatorische Umsetzung dieser gesetzlichen Grundlage in Strukturen, die es Pflegenden erlauben, gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen und Initiativen in ihrem Wirkungsbereich in die Wege zu leiten.²¹ Gesundheitsförderung ist für alle Berufsgruppen im Gesundheitssystem (und letztlich darüber hinaus) eine neue Aufgabe; es ist aber eine grundlegend interdisziplinäre Aufgabe, die außerdem auf die Beteiligung und die Stärkung der Ressourcen der KlientInnen abzielt. Als eine der größten Berufsgruppen sollte die Pflege ihren Beitrag dringend forcieren.

Langzeit-Pflegeversorgung

Das Pflegevorsorgesystem in Österreich zielt darauf ab, pflegebedürftigen Menschen bundesweit eine selbstbestimmte und bedürfnisorientierte Lebensführung zu ermöglichen.²² Unter dem Public Health-Aspekt der Pflege bleiben bislang mehrere Fragen offen, z. B.: (1) Wie ist das Verhältnis der zugewiesenen Pflegestufen zum tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand und insbesondere zum Bedarf an qualifizierter Betreuung? Der prognostizierte zeitliche Aufwand allein (der die Einstufung bestimmt) gibt keine Rückschlüsse darauf, wie qualifiziert die Pflege sein muss. (2) Gibt es Faktoren, die eine häusliche bzw. stationäre Pflege bedingen, und ist der Ist-Zustand zufriedenstellend? Eine Studie, die auf hessischen Begutachtungsdaten von Antragstellern häuslicher sowie stationärer Pflege beruhte, stellte beispielsweise fest, dass mentale Beeinträchtigungen und Kontinenzprobleme häufiger stationäre Pflege bedingen.²³ Wenn häusliche Pflege als erstrebenswert gilt, sollte die

²⁰ World Health Organization (2000) *Munich Declaration. Nurses And Midwives: A Force For Health*. (17. Juni 2000). Kopenhagen: WHO, EUR/00/5019309/6

²¹ Strobl J. (2000) Gesundheitsförderung – eine neue Herausforderung für die Pflege. In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I (Hrsg.) *Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege – Aus der Praxis für die Praxis*. Wien: Wilhelm Maudrich KG.

²² Schaffenberger E, Juraszovich B, Pochobradsky E (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (1999) op. cit.

²³ Bartholomeyczik S, Ulmer E, Linhart M (1999) Pflegebedarf nach Begutachtung – eine Analyse von MDK-Daten aus Hessen. In: Schmidt R, Klie T (Hrsg.) *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune: Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege*. Frankfurt/Main: Mabuse.

Bewältigung derartiger Faktoren in der extramuralen Pflege eine Entwicklungspriorität sein. (3) Welche gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sind von extramuralen Diensten zu leisten, um häusliche Pflege zu ermöglichen und zu sichern? Die diesbezügliche Betreuung pflegender Angehöriger ist dafür in vielen Fällen ebenso wichtig wie die Betreuung der Pflegebedürftigen selbst. (4) Das Pflegevorsorgesystem ist im Wesentlichen ein reaktives, d. h. es zielt auf bereits bestehende Bedürftigkeit ab. Von einer Public Health-Perspektive aus betrachtet, fehlt hier die Berücksichtigung von Interventionen zur Förderung entsprechender persönlicher und kommunaler Ressourcen und zur Prävention pflegerischer Probleme. Zur Zeit scheint es unklar zu sein, wer die Kosten übernimmt, wenn Hauskrankenpflegepersonen Dienste mit dem Ziel primärer Prävention leisten. Eine wichtige Frage für extramurale Pflege betrifft somit die Sicherung derartiger Interventionen und Strukturen.

Interprofessionelle Entwicklungen

Pflege und Medizin: Dominanz oder Komplementierung?

Zahlreiche Arbeiten befassen sich mit der interprofessionellen Beziehung zwischen Pflege und Medizin. Obwohl sich diese Literatur hauptsächlich auf die Situation in anderen Ländern bezieht, sind viele der Grundzüge auch in Österreich gültig. Dazu gehört die historisch gewachsene und zweifellos auch durch die reziproken stereotypen Geschlechterrollen bedingte Tradition der hierarchischen Unterordnung der Pflege als Assistenz für die Medizin. Beispielsweise haben SoziologInnen in Australien beobachtet, dass Pflegendе – trotz ihres Anspruches auf die Position der "FürsprecherIn" der PatientInnen – die Bedürfnisse ihrer PatientInnen den Prioritäten der ÄrztInnen unterordnen; erklärt wurde solches Verhalten mit dem Bestreben, sich in Teams einzuordnen und seinen Hierarchiestrukturen und Interaktionsmustern zu entsprechen.²⁴

Auf Grund der engen Zusammenarbeit ist es naheliegend, das Bestreben nach beruflicher Eigenständigkeit und Professionalisierung der Pflege in Bezug auf die Medizin zu interpretieren, was allerdings eine limitierte Betrachtungsweise bedeutet. Argumente gegen die pflegerische Eigenständigkeit sind innerhalb eines (ebenso eng interpretierten) behandlungs- und heilungsorientierten Gesundheitssystems leicht zu finden: ÄrztInnen und ihre Tätigkeiten am Patienten bestimmen großteils den Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes, von der Aufnahme bis zur Entlassung, und pflegerische Tätigkeiten sind im Betrieb vieler Krankenhausabteilungen diesen Prozessen untergeordnet. Der eigenständige Stellenwert der Pflege wird hingegen dort besonders deutlich, wo Genesung kein Thema (mehr) ist sondern Steigerung von Wohlbefinden und Lebensqualität, beispielsweise im Zusammenhang mit chronischen oder terminalen Beschwerden.²⁵ Während es Bereiche gibt, in denen die

²⁴ Buckingham J., McGrath G. (1983) *The Social Reality of Nursing*. Balgowlah: ADIS Health Science Press.

²⁵ Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996) *Pflegewissenschaft – Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis*. Denkschrift. Gerlingen: Bleicher.

Führungsrolle der Medizin zweckmäßig ist, mag deren automatische Dominanz in anderen Bereichen gesundheitspolitisch nicht sinnvoll sein.

Die bevölkerungsweite gesundheitliche Versorgung (Public Health) beispielsweise obliegt nur zu einem Teil direkt der Medizin; in Deutschland lässt das Gesetz Nicht-MedizinerInnen als LeiterInnen der Gesundheitsämter zu und auch in England wurde jüngst vom Chief Medical Officer darauf hingewiesen, dass Nicht-MedizinerInnen die Position eines Director of Public Health einnehmen können. Bereiche wie Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung sind ebenso essentiell multidisziplinäre Bereiche, in denen Medizin und Pflege gemeinsam mit diversen anderen Berufsgruppen und wissenschaftlichen Disziplinen, und nicht zuletzt den Betroffenen selbst, ihren Beitrag zu leisten haben. Um das Potential dieser Multidisziplinarität zu nützen, bedarf es einerseits der kritischen Beleuchtung und Entwicklung von gegebenen Strukturen. Andererseits sollte die Aufforderung zur Multiprofessionalität/Multidisziplinarität nicht in naiver Weise mit dem Machtabbau der Medizin gleichgesetzt werden; vielmehr sollte die Betonung auf der Entwicklung der anderen Partner liegen und vor allem auf der allseitigen Kommunikations- und Kollaborationsfähigkeit. Eine jüngste Literatursichtung zu diesem Thema im Bereich der Primärversorgung kam zu dem Schluss, dass Modelle von gleichberechtigter und weniger hierarchischer multi-professioneller Zusammenarbeit im Erfüllen der Interessen aller Beteiligten, inklusive PatientInnen, erfolgreicher sind.²⁶ Dafür ist die Klärung der Rollen und Beiträge einzelner (Berufs-)Gruppen auf allen Ebenen notwendig.

Medizin ohne Pflege ist wie eine Infusionslösung ohne Venenzugang

Eine Kernfrage zum Thema interprofessioneller Zusammenarbeit betrifft die Grenzlinie zwischen Pflege und anderen Gesundheitsberufen, und dabei hauptsächlich der Medizin. In Österreich war es lange Zeit ungeschriebenes Gesetz, dass ohne die Bereitschaft der Pflegepersonen, diese Grenzlinie regelmäßig zu überschreiten, die Organisation eines Krankenhauses geändert werden müsste. Pflegepersonen war es beispielsweise gesetzlich nicht erlaubt, intravenöse Injektionen zu verabreichen, aber dennoch war diese Praxis weit verbreitet. Das „Beherrschen“ und Ausüben von medizinischen Tätigkeiten werden oft von Pflegenden selbst als Status-Symbol gesehen und gelten somit als erstrebenswert. In manchen Ländern sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Erweiterung des pflegerischen Kompetenzbereiches mittlerweile sehr weit fortgeschritten. In Großbritannien, beispielsweise, besteht weitgehende Freiheit, zwischen Arbeitgeber und Pflegeperson deren Kompetenzbereich zu definieren. Gegen den Hintergrund eines chronischen ÄrztInnenmangels entwickeln sich dort zahlreiche SpezialistInnen-Rollen für Pflegepersonen. Derartige Initiativen unterwandern die alten hierarchischen Strukturen und erlauben Pflegenden eine Erweiterung ihres Tätigkeitsbereiches, während sie in den meisten Fällen die Effizienz des Systems

²⁶ Richards A., Carley J., Jenkins-Clarke S., Richards D. (2000) Skill mix between nurses and doctors working in primary care – delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 37, S. 185–197.

steigern. Dieser Trend wird aber von manchen PflegeautorInnen eher skeptisch beobachtet, weil es sich dabei oft um die rein technische Ausführung von limitierten Untersuchungen oder Eingriffen handelt, die im Grunde nicht in den Bereich qualifizierter Pflege fallen.

Es wäre freilich eine zu vereinfachte Betrachtung, diese Entwicklungen innerhalb der Pflege als direkte Auswirkung des ÄrztInnenmangels zu sehen. Vielmehr geht dieser Hand in Hand mit einer vergleichsweise mit Österreich stärkeren beruflichen Infrastruktur und besserem Entwicklungspotential in Form von Bildungs- und Weiterbildungsstruktur und strenger beruflicher Selbstregulierung, beides wichtige Rahmenbedingungen für eine verantwortliche Weiterentwicklung des Berufes allgemein.

Kompetenzgerechte Zusammenarbeit

Ein weiteres Thema, das im Zusammenhang mit den interdisziplinären Beziehungen der Pflege Beachtung finden soll, ist das der konkreten Arbeitsteilung mit anderen Berufsgruppen. Dieser Themenkreis ist vielschichtig und sowohl aus ökonomischer wie soziologischer Sicht von Interesse. Die Frage nach dem optimalen Skill Mix, also der kompetenz-komplementären Zusammensetzung eines Teams, beschäftigt sowohl PflegewissenschaftlerInnen als auch ManagerInnen seit Jahren. Innerhalb der Pflege geht es dabei um die Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an weniger qualifiziertes Personal (z. B. PflegehelferInnen).

Die Frage nach dem effizientesten Einsatz der immerhin größten Berufsgruppe im Gesundheitssystem lautet: Wie können die angestrebten Outcomes im Sinn von Pflegebedarfsdeckung und -qualität mit einem möglichst sparsamen Einsatz von Mitteln erreicht werden? Konkret handelt es sich dabei um das Variieren des zahlenmäßigen Verhältnisses von unterschiedlich qualifiziertem Personal eines Teams zur Betreuung bestimmter PatientInnengruppen. Entsprechende Studien in verschiedensten Settings (z. B. Hauskrankenpflege, Akutspitalpflege) berichten unterschiedliche Ergebnisse; es gibt Hinweise darauf, dass ein "billiger" Mix (also mit relativ mehr gering-qualifiziertem Personal) die Kosten unter Qualitätsverlust steigert, ebenso wie es Hinweise auf die gegenteilige Tendenz gibt. Andererseits gibt es einige Studien, die eine positive Korrelation von "teurerem" Skill Mix mit patienten-relevanten Faktoren gefunden haben: Zu diesen Faktoren gehören geringere Spitalsverweildauer, Sterblichkeitsraten, Komplikationsraten und Kosten, sowie erhöhte Patientenzufriedenheit, Genesungsraten, Lebensqualität und PatientInnenwissen.²⁷ Nicht alle Studien sind von gleicher Qualität, und eine Generalisierung der Ergebnisse dieser ausländischen Studien auf österreichische Szenarien mag problematisch sein. Im Sinne einer effizienten Nutzung der pflegerischen Ressourcen des Landes wären rigorose örtliche Studien und Recherchen hilfreich.

²⁷ McKenna H. (1995) Nursing skill mix substitutions and quality of care: an exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, S. 452-454.

Professionalisierung

Nach den gängigen in der soziologischen Literatur beschriebenen Merkmalen, muss die Antwort auf die Frage, ob die Pflege als Profession gelten kann, negativ ausfallen. Wesentliche Defizite der Pflege sind dabei der Mangel an beruflicher Selbstregulierung in manchen Ländern (z. B. Österreich), realer Autonomie und universitärer Ausbildung. Derartige Maßstäbe auf die Entwicklung von Pflege anzuwenden ist aber nicht unumstritten. Manche AutorInnen kritisieren das Bestreben, einem alten Bild einer Profession nachzueifern, dessen Merkmale für Pflege nicht ausschließlich erstrebenswert sind. Beispielsweise wird kritisiert, dass das Kriterium der Klientenautonomie (also der Freiheit der Professionellen, unabhängig vom Patienten zu einem objektiven Urteil zu gelangen) dem Bestreben nach vollwertiger Einbeziehung der PatientInnen in ihre Pflege zuwiderläuft.²⁸ Ebenso ist eine Professionalisierung im traditionellen Sinn nicht problemlos mit so manchen Kern-Prinzipien der internationalen Gesundheitspolitik der WHO (Partizipation, Empowerment) zu vereinbaren.

Somit scheint es sinnvoll für die Pflege, ihren eigenen Weg zu definieren und zu beschreiten. Der „Übergang zur professionellen Pflege“ wurde anhand verschiedener inhaltlicher, methodischer und konzeptionell-strategischer Dimensionen wie folgt beschrieben: ein Bild des Patienten als mündigen, mitgestaltenden Partner in der pflegerischen Beziehung, deren unterstützender und begleitender Aspekt dabei gleichzeitig an Bedeutung gewinnt; methodische Pflege, die auf wissenschaftlicher Basis beruht und damit kommunizierbar und überprüfbar wird; und ein theoretischer Bezugsrahmen für die Praxis.²⁹ Professionalisierungsmodelle, die „von einem spezifischen Interaktionsfeld mit typischen Handlungsmustern ausgehen und die Professionalität am Erfolg des Aushandlungsprozesses unter Einbeziehung der Betroffenen festmachen“, erscheinen somit für die Pflege erstrebenswerter zu sein.³⁰

Akademisierung: Lehre und Forschung

Die Notwendigkeit einer Akademisierung des Berufs scheint auch in Österreich nicht mehr wirklich in Frage zu stehen. Diskussionen bewegen sich vorwiegend um die Fragen des *wie*, und nicht (mehr) des *warum* oder *ob*.³¹ Zu den gängigen Argumenten für einen Akademisierungsprozess gehört die Ansicht, dass qualifizierte Pflege sich sowohl von anderen Berufen als auch anderen Wissenschaften unterscheidet, nicht zuletzt bedingt durch den besonders engen psychischen und physischen Kontakt in pflegerischem Handeln.³² Im

²⁹ Landenberger M (1997) Wirkungen der Pflegeversicherung auf die Handlungsspielräume der Kranken- und Altenpflegekräfte und ihre Einrichtungen. In: *Konsequenzen der Pflegeversicherung für die Pflegeberufe*, Bonn: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeits- und Sozialforschung.

³⁰ Steppe H. (1996) op. cit.

³¹ Ein persönlicher Eindruck anlässlich der Teilnahme am Symposium „Pflegerwissenschaften – Aufbruch in Österreich“, 28. April 2000, Hörsaalzentrum des Allgemeinen Krankenhauses Wien.

³² Seitz R (1996) Die Pflegewissenschaft und ihre Bedeutung in Theorie und Praxis. In: Arnold M, Paffrath D. (Hrsg.) *Krankenhaus-Report '96 – Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken*. Stuttgart: Gustav Fischer.

Zusammenhang mit der Begründung der Pflegewissenschaft kann auf die Bedeutung der Pflege im Kontext veränderter Bedürfnisse und somit sich verändernder Anforderungen wie z. B. die Verlagerung in den extramuralen Bereich, die Einbeziehung Angehöriger, die Förderung der Selbstpflegekompetenz, die Koordinierung von Leistungen unterschiedlicher Dienste und nicht zuletzt die demographischen Entwicklungen verwiesen werden.³³

In Großbritannien ist bereits die gesamte Grundausbildung auf universitärem Niveau angesiedelt (ein 4-jähriges Studium), während in vielen anderen west- und ost-europäischen Staaten ein Angebot an Pflegestudien besteht. Deutschland weist mittlerweile über 40 pflegewissenschaftliche Studiengänge auf.³⁴

Allein für Wien wird der Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegepersonen auf 1070 geschätzt.³⁵ Die Akademisierung der Pflege wird notwendigerweise dazu führen, dass die Berufsgruppe insgesamt bildungsmäßig heterogener wird. Diese Entwicklung sollte sich allerdings in qualitativ hochwertiger Pflege niederschlagen, die überdies in der Lage ist, auf gesundheitspolitische Anforderungen kompetent zu reagieren. Dazu sollte es nicht notwendig sein, dass jede Pflegeperson einen akademischen Grad erwirbt oder existierendes nicht-akademisches Personal sich in seiner Stellung bedroht fühlt. Allerdings sollte jede PatientIn zeitgemäße und wohl-organisierte Pflege erwarten dürfen, die auf Kompetenzen und Wissen zurückgreifen kann, welche auf universitärem Niveau angesiedelt und auf Forschung begründet sind. Die Erarbeitung dieser Basis und die Übertragung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis müssen von der Pflege selbst erbracht werden.

In Österreich gibt es einige Initiativen universitärer Ausbildungsmöglichkeiten, allerdings mit großen Unterschieden organisatorischer sowie inhaltlicher Art: In Graz gibt es seit mehreren Jahren die Möglichkeit, pflegewissenschaftliche Vorlesungen im Rahmen eines Pädagogik-Studiums zu belegen, an der Universität Wien gibt es seit Oktober 1999 ein „Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft“, und zusätzlich wäre noch auf diverse relevante Universitätslehrgänge, z. B. für lehrendes und leitendes Personal, hinzuweisen.

Neben der universitären Ausbildung hat die Akademisierung auch für den wissenschaftlichen Nachwuchs zu sorgen, um den Forschungsbedarf im Bereich Pflege zu decken. Viele in diesem Beitrag angesprochene Themen geben Hinweise auf diesen Bedarf, und es sollen einige Punkte für eine Forschungsagenda erwähnt werden, die die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der Disziplin entwickeln sollen.³⁶ Entsprechend dem Anspruch auf praxisnahe

³³ Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996) *Pflegewissenschaft: Grundlagen für Lehre, Forschung und Praxis*. Gerlingen: Bleicher. Denkschrift.

³⁴ Görres S, Hinz I, Krippner A, Zerwas M. (2000) Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland – Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven. *Pflege* 13, S. 33-41.

³⁵ Mündliche Präsentation von Generaloberin Staudinger (Wien, 28. April 2000).

³⁶ Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996) op. cit.

Relevanz von Pflegeforschung läuft diese Liste parallel zu einer Handlungsagenda für die Berufsgruppe und jene Akteure, die auf ihre Steuerung Einfluss haben:

- *Pflegepraxis als zentraler Bereich der Pflegeforschung:* die Pflege-Patient/Pflege-Angehörigen-Beziehungen sowie Methoden und Handlungen der Pflege;
- *Pflege als Organisation und Institution:* Analyse, Gestaltung und Evaluation pflegerischer Einrichtungen und Organisation in Beziehung zu anderen Berufsgruppen, inklusive Schnittstellen-Problematiken;
- *Pflegepolitik als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik:* epidemiologische Fragen, Auswirkungen der sozialrechtlichen Lage und Finanzierung auf die Pflege, Neustrukturierung des Berufsfelds „Pflege“, Partizipation der PatientInnen sowie der Pflegenden;
- *Historische Pflegeforschung:* Fragen nach der Entstehung und Professionalisierung der Pflegeberufe;
- *Bildungsforschung in der Pflege:* Analyse von subjektiven und intersubjektiven Lehr- und Lernprozessen.

Schlussbemerkung

Die modernen Herausforderungen an das Gesundheitssystem, wie z. B. das Ansteigen des Bevölkerungsanteils älterer Menschen oder der Trend zur extramuralen und primären gesundheitlichen Versorgung, betreffen die größte Berufsgruppe in diesem System in besonderer Weise. Pflege in Österreich weist einen enormen Aufholbedarf auf, um auf die hier beispielhaft angeführten Anforderungen adäquat reagieren zu können. In diesem sich ständig ändernden Umfeld erweist sich ganzheitliche und individuell-zentrierte Pflege als eine komplexe Aufgabe, die nach fundiertem, wissenschaftlich begründetem Wissen innerhalb der Berufsgruppe verlangt. Der Weg zur Etablierung dieser Wissensbasis und letztlich zu ihrer Verbreitung ist in Österreich noch sehr weit; Pflegenden sind nach wie vor fast ausschließlich darauf angewiesen, von der wissenschaftlichen Arbeit ihrer KollegInnen im Ausland zu profitieren, die in vielen Fällen nur begrenzt auf die österreichische Situation anwendbar ist.

Tabelle A1: Personen in 1000											Index 1990=100										Anteil an EU15	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999		1999
Österreich	7729	7813	7914	7991	8030	8047	8059	8072	8078	8177	100	101	102	103	104	104	104	104	105	106		2,18
Belgien	9967	10005	10045	10084	10116	10137	10157	10181	10203	10152	100	100	101	101	101	102	102	102	102	102		2,70
Dänemark	5140	5154	5170	5189	5205	5228	5262	5284	5301	5283	100	100	101	101	101	102	102	103	103	103		1,41
Deutschland	79364	79984	80594	81179	81422	81661	81896	82052	82029	82177	100	101	102	102	103	103	103	103	103	104		21,87
Finnland	4986	5014	5042	5066	5088	5108	5125	5140	5154	5165	100	101	101	102	102	102	103	103	103	104		1,37
Frankreich	56735	57055	57374	57654	57900	58139	58377	58543	58733	59786	100	101	101	102	102	102	103	103	104	105		15,91
Griechenland	10161	10247	10322	10380	10426	10454	10476	10522	10551	10626	100	101	102	102	103	103	103	104	104	105		2,83
Großbritannien	57411	57794	57998	58191	58394	58606	58802	59009	58249	58744	100	101	101	101	102	102	102	103	101	102		15,64
Irland	3503	3526	3553	3572	3586	3601	3626	3559	3705	3705	100	101	101	102	102	103	104	102	106	106		0,99
Italien	57661	57252	56859	57049	57204	57301	57380	57496	57569	57343	100	99	99	99	99	99	100	100	100	99		15,26
Luxemburg	382	387	393	398	404	410	416	421	427	426	100	101	103	104	106	107	109	110	112	112		0,11
Niederlande	14952	15070	15184	15290	15383	15459	15531	15611	15707	15735	100	101	102	102	103	103	104	104	105	105		4,19
Portugal	9896	9867	9862	9876	9902	9917	9928	9946	9968	9873	100	100	100	100	100	100	100	101	101	100		2,63
Schweden	8559	8614	8668	8719	8781	8827	8841	8846	8863	8892	100	101	101	102	103	103	103	103	104	104		2,37
Spanien	38959	39025	39006	39086	39150	39210	39220	39718	39754	39633	100	100	100	100	100	101	101	102	102	102		10,55
EU15	365405	366805	367984	369726	370989	372103	373093	374400	374291	375717	100	100	101	101	102	102	102	102	102	103		100,00
EU11	302587	303765	304818	306352	307427	308384	309294	310029	309822	311283	100	100	101	101	102	102	102	102	102	103		77,76
Schweiz	6712	6792	6875	6938	6994	7041	7072	7089	7110	7345	100	101	102	103	104	105	105	106	106	109		
USA*	249464	252153	255030	257783	260327	262803	265229	267784	270248	272691	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109		
Estland	1571	1566	1544	1517	1499	1484	1469	1458	1450	1412	100	100	98	97	95	94	94	93	92	90		
Polen	38119	38245	38365	38459	38544	38588	38618	38636	38664	38741	100	100	101	101	101	101	101	101	101	102		
Slowenien	2000	1999	1994	1989	1989	1983	1991	1980	1974	1989	100	100	100	99	99	99	100	99	99	99		
Tschechien	10363	10309	10318	10331	10336	10331	10315	10304	10295	10283	100	99	100	100	100	100	100	99	99	99		
Ungarn	10365	10346	10324	10294	10261	10229	10193	10135	10114	10075	100	100	100	99	99	99	98	98	98	97		

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2000; * U.S. Census Bureau, Population Division; IHS HealthEcon Berechnungen 2000.

Tabelle A2: Anteil der unter 15Jährigen an der Gesamtbevölkerung in %										EU15=100								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Osterreich	17,4	17,5	17,5	17,6	17,6	17,7	17,5	17,3	17,1	96	97	98	99	100	102	101	101	101
Belgien	18,2	18,1	18,0	17,9	17,8	17,8	17,7	17,6	17,5	100	101	101	101	102	102	102	103	103
Dänemark	17,0	17,1	17,2	17,3	17,4	17,4	17,7	17,9	18,1	94	95	96	98	99	100	102	104	106
Deutschland	16,1	16,1	16,1	16,1	16,1	16,1	16,0	15,9	15,8	89	90	90	91	92	92	92	93	93
Finnland	19,3	19,2	19,2	19,1	19,1	19,0	18,9	18,8	18,6	107	107	108	108	109	109	109	109	110
Frankreich	20,2	20,1	19,9	19,7	19,6	19,4	19,3	19,1	19,0	112	112	112	112	112	111	112	112	112
Griechenland	19,2	18,8	18,3	17,8	17,3	16,8	16,5	16,2	15,9	106	104	102	100	98	96	95	94	93
Großbritannien	19,1	19,2	19,2	19,2	19,3	19,3	19,2	19,1	19,0	106	107	108	109	110	111	111	112	112
Irland	27,4	26,7	26,1	25,5	24,8	24,2	23,6	23,1	22,5	151	149	146	144	141	139	137	135	132
Italien	15,9	15,7	15,5	15,3	15,2	15,0	14,9	14,8	14,7	88	87	87	87	86	86	86	86	86
Luxemburg	17,3	17,4	17,5	17,6	17,7	17,8	18,0	18,1	18,3	96	97	98	100	101	102	104	106	107
Niederlande	18,2	18,3	18,3	18,3	18,4	18,4	18,4	18,3	18,3	101	102	103	104	105	106	106	107	108
Portugal	20,0	19,6	19,2	18,9	18,5	18,1	17,9	17,6	17,4	110	109	108	107	105	104	103	103	102
Schweden	17,9	18,1	18,3	18,5	18,7	18,8	18,8	18,8	18,8	99	101	103	104	106	108	109	110	111
Spanien	19,4	18,8	18,1	17,5	16,9	16,3	15,9	15,6	15,3	107	104	102	99	96	93	92	91	90
EU15*	18,1	18,0	17,8	17,7	17,6	17,4	17,3	17,1	17,0	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EU11*	17,9	17,7	17,5	17,4	17,2	17,0	16,9	16,7	16,6	99	99	98	98	98	98	98	97	97
Schweiz	16,9	17,0	17,1	17,2	17,3	17,4	17,4	17,3	17,2	93	95	96	97	99	100	100	101	101
USA	21,9	22,0	22,0	22,0	22,1	22,1	22,1	22,0	21,9	121	122	123	125	126	127	128	128	129
Estland	22,2	21,9	21,5	21,2	20,8	20,5	19,8	19,2	18,6	123	122	121	120	119	118	115	112	109
Polen	25,1	24,7	24,2	23,7	23,3	22,8	22,1	21,5	20,8	139	137	136	134	133	131	128	125	122
Slowenien	19,1	18,9	18,8	18,6	18,5	18,3	17,8	17,4	16,9	105	105	105	105	105	105	103	101	99
Tschechien	21,5	20,9	20,4	19,8	19,3	18,7	18,3	17,8	17,4	118	116	114	112	110	107	106	104	102
Ungarn	20,2	19,8	19,4	19,0	18,6	18,2	17,9	17,7	17,5	112	110	109	107	106	104	104	103	103

Quelle: World Development Indicators 2000, * Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, IHS HealthEcon Berechnungen 2000

Quelle: World Development Indicators 2000, * Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, IHS HealthEcon Berechnungen 2000

